



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA



FORMULÁRIO: REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES

(Res. 16/2015 – Título XIX – Capítulo I)

Sr.(a) Coordenador(a) do Curso de Fisioterapia,

Eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Fisioterapia, sob matrícula _____, e-mail _____, telefone _____, venho requerer a concessão de Regime de Exercícios Domiciliares, conforme motivo assinalado e documentação comprobatória em anexo, nas disciplinas abaixo relacionadas.

MOTIVO
<input type="checkbox"/> Aluna gestante, durante 90 (noventa) dias, a partir do 8º (oitavo) mês de gestação, desde que comprovado por atestado médico;
<input type="checkbox"/> Aluna adotante, durante 90 (noventa) dias, a partir da data da guarda, desde que comprovada por decisão judicial;
<input type="checkbox"/> Estudante portador de afecção que gera incapacidade física relativa, incompatível com a frequência aos trabalhos escolares, desde que se verifique a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar em novos moldes;
<input type="checkbox"/> Participante de congresso científico, de âmbito regional, nacional e internacional; ou
<input type="checkbox"/> Participante de participantes de competições artísticas ou desportivas, de âmbito regional, nacional e internacional, desde que registrados como participantes oficiais.

DISCIPLINAS EM CURSO	CÓDIGO	PROFESSOR(A)	TURMA	HORÁRIO

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) aluno(a)